

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 124

LE TRAITEMENT
des
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
PAR LA SUTURE ET LA RÉSECTION
SANS MARSUPIALISATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1908

PAR

Gustave-Maurice-Antoine BARTHOMEUF

Né à Monastier (Haute-Loire), le 7 juin 1879

Examinateurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		LANELONGUE, professeur.		
		GENTES, agrégé.		
		BÉGOUIN, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

LABOUHEYRE
IMPRIMERIE LANDAISE

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546410_0046

ANNÉE 1907-1908

N° 124

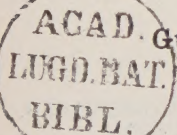
LE TRAITEMENT
des
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR LA SUTURE ET LA RÉSECTION
SANS MARSUPIALISATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1908

PAR



Gustave-Maurice-Antoine BARTHOMEUF

Né à Monastier (Haute-Loire), le 7 juin 1879

Examineurs de la Thèse :

{ MM. VILLAR, professeur, *Président*.
LANELONGUE, professeur.
GENTES, agrégé.
BÉGOUIN, agrégé.

{ *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

LABOUHEYRE
IMPRIMERIE LANDAISE

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... }
MASSE..... } Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Physique biologique et électri- cité médicale.....	BERGONIE.
Clinique externe.....	PITRES.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et théra- peutique générales.	DEMONS.	Histoire naturelle...	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	LANELONGUE	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire..	VERGELY.	Matière médicale....	BEILLE (chargé).
Physiologie.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale....	FERRÉ.
Anatomie pathologique....	VILLAR.	Clinique ophtalmolo- gique.....	BADAL.
Anatomie.....	LEFOUR.	Clinique chirurgicale, infantile et Orthopédie	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie.....	COYNE.	Clinique gynécologique....	BOURSIER.
Physiologie.....	GENTES (chargé).	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Hygiène.....	VIAULT.	Chimie biologique ...	DENIGES.
Médecine légale.....	JOLYET.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS
	LAYET.	Pathologie exotique..	LE DANTEC.
	L. LANDE.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe. {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements.... {	ANDÉRODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIE.	Histoire naturelle..	{ BEILLE.
			{ MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	MM. BARTHE.
			LARAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIE.

Le Secrétaire de la Faculté: LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le DOCTEUR VILLAR

*Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Bordeaux.*

Officier de l'Instruction Publique.

AVANT-PROPOS

Nombreuses sont les méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie.

Tout en signalant les méthodes connues et communément employées, nous désirons surtout attirer l'attention sur des méthodes plus nouvelles et qui semblent plus idéales que les procédés vulgaires.

Ces nouvelles méthodes ont pour but de supprimer tout drainage en suturant ou en détruisant la poche kystique.

Le professeur Villar, qui a eu l'idée de mettre cette méthode en pratique, a bien voulu nous communiquer des observations de kystes hydatiques traités par la suture et la résection partielle de la poche.

Qu'il accepte ici l'hommage de notre gratitude pour ce dernier témoignage d'intérêt qu'il a bien voulu nous donner à la fin de nos études et pour tous ceux dont il n'a cessé de nous combler durant tout ce temps de notre stage en chirurgie où nous avons eu l'honneur d'être son externe.

INTRODUCTION

La maladie que nous nommons kyste hydatique du foie était connue des anciens praticiens. Ils en avaient donné des descriptions macroscopiques fort nettes, connaissaient quelques-uns des dangers auxquels elle expose, et la considéraient, d'après Hippocrate, comme une poche remplie de liquide, venant faire saillie du côté de l'épigastre ou de l'abdomen, et dont une des complications les plus redoutables était la rupture dans la cavité péritonéale. Mais leurs notions se bornaient à ces caractères extérieurs ; la nature intime de la maladie, l'existence du parasite, la constitution anatomique du kyste leur étaient inconnues ; l'anatomie pathologique n'existait pas alors. Les médecins de cette époque considéraient le kyste hydatique comme une collection de sérosité, ayant ou n'ayant pas pour origine une dilatation des lymphatiques.

Ces notions demeurèrent classiques jusqu'en 1760 où Pallas, dans un ouvrage intitulé « *De insectis viventibus intra viventia* », publia l'existence de l'échinocoque chez les animaux, en fit connaître les caractères génériques et le rôle dans la maladie kystique. Plus tard, Rudolphi et Bremser, dans un travail paru en 1821 appliquèrent à l'homme les notions que l'on savait déjà sur le tænia des chiens et établirent son identité parfaite avec celui de l'homme. Ces notions admises, les helminthologistes, lancés dans cette voie multiplièrent les études et les expériences, et nous n'avons actuellement que

l'embarras du choix parmi les travaux cliniques remarquables parus sur ce sujet. Le traité publié par Davaine (1) en 1877 est un des meilleurs et des plus complets de ce genre. On voit que si le kyste hydatique, en temps que maladie, est une vieille connaissance, sa nature parasitaire, sa constitution intime, son étude anatomo-pathologique et celle des lésions qu'il provoque n'ont pu faire un pas décisif que lorsque le microscope, venant éclairer ces questions d'un jour tout nouveau, permit au bactériologiste de pénétrer des secrets jusqu'alors insoupçonnés et de nous donner de la maladie une description nouvelle et une étude complète.

Il n'entre pas dans le plan de ce travail de donner des détails microscopiques ou anatomo-pathologiques sur le tænia et la membrane kystique, mais ces notions étant utiles au point de vue opératoire, nous les résumerons brièvement.

Le tænia échinocoque est primitivement un hôte de l'intestin de certains animaux, tels que le loup, le chacal, le chien ; c'est par eux, par le chien dans nos contrées, qu'il est transmis à l'homme. Le chien, en effet, dissémine un peu partout, dans les jardins et ailleurs, ses déjections chargées d'œufs de tænia. Souvent, surtout dans les campagnes, il est le compagnon habituel du maître, perpétuellement en contact avec lui, mangeant parfois dans les mêmes récipients. Il devient ainsi le grand propagateur de l'hydatide. Ces faits sont contrôlés et affirmés par les statistiques qui, toutes, ont signalé le rapport qui existe entre la fréquence du kyste hydatique et la promiscuité de l'homme avec le chien. La maladie, bien qu'existant dans beaucoup de contrées à l'état de cas isolés, est en général disséminée par foyers dont les principaux sont, en France, les Landes et Rouen ; à l'étranger, en Islande ; en Allemagne, dans le Mecklembourg ; en Australie. Elle est très rare en Amérique.

Porté par les aliments, le tænia pénètre dans le tube

(1) Davaine, *Traité des entozoaires*, (Paris, 1877)

digestif de l'homme. Arrivé dans l'intestin, il traverse facilement la muqueuse; puis, pris par le courant sanguin, il est entraîné et s'arrête en général au premier organe qu'il rencontre sur sa route, le foie. Il s'y attache et s'y enkiste aux dépens de l'organe, en prenant la forme d'une sphère creuse qui est l'hydatide et dont les parois sont constituées de deux couches, une externe ou cuticule provenant du foie, formée du tissu hépatique; l'autre interne, la membrane germinale venant du parasite. L'intérieur de la sphère est rempli d'un liquide clair, limpide, aseptique par lui-même, mais constituant un excellent milieu de culture pour les microbes pyogènes.

L'hydatide, ainsi composée de ses parois et de son contenu, augmente de dimensions; sa membrane germinale bourgeonne par places et donne des vésicules semblables à elle et appelées vésicules filles; elle devient ainsi l'hédatide mère.

Un grand nombre de ces vésicules filles resteront stériles, mais d'autres bourgeonneront à leur tour, et de la même façon que la vésicule mère, les vésicules filles donneront des têtes de ténias.

Le ténia constitué est un très petit vers cestode mesurant au plus cinq millimètres, formé d'une tête ornée de quatre ventouses et d'un rostre muni d'une double couronne de crochets en forme de griffes; la tête est implantée à la vésicule par un pédoncule, et la vésicule est elle-même fixée à la membrane germinative.

Le kyste hydatique grandit et se développe ainsi formé, et, qu'il reste inclus dans la glande, ou qu'il s'énuclée et se pédiculise, est toujours constitué de dehors en dedans de la manière suivante :

1° Une couche *adventice*, conjonctive, née de l'inflammation et aux dépens de la glande au moment de l'enkystement de l'œuf de l'échinocoque, membrane vasculaire, peu épaisse et adhérent parfois intimement au tissu hépatique, vascularisation et adhérence d'une haute importance opératoire dans certaines méthodes.

2° De l'hydatide mère dont les caractères nous sont connus.

3° Du contenu de cette hydatide remplie de liquide et d'un nombre essentiellement variable de vésicules filles et de têtes de *tænia*s, variante qui explique les résultats si contradictoires du traitement par les ponctions et les controverses acharnées dont ce traitement a été l'objet.

Telle est l'anatomie générale du kyste hydatique du foie; ces notions étaient nécessaires avant d'aborder l'étude des méthodes de traitement.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ GÉNÉRAL DES MÉTHODES DE TRAITEMENT

La cure de la maladie kystique du foie a retenu, de tous temps, l'attention des médecins ; mais les procédés employés pour atteindre ce but furent tellement dissemblables selon le tempérament médical ou chirurgical de chacun, selon la prédominance des idées de chaque époque, et furent tellement bouleversés par la naissance de la chirurgie, qu'une classification s'impose.

Nous diviserons l'ensemble des méthodes de traitements en trois parties :

- 1° traitement médical ;
- 2° » médico-chirurgical ;
- 3° » chirurgical vrai.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

Il consiste dans l'administration interne de médicaments dont la plupart ne doivent plus être cités que pour mémoire. Mercure à l'intérieur et en frictions (Beaumès) ; sel marin (Laennec) ; pétrole (Chabert) ; térébenthine ; Koussou ; topiques locaux ; vermifuges ; huile empyreumatique etc... l'iodure de potassium qui semblerait avoir donné quelques meilleurs résultats (?)

Tels sont les principaux systèmes qui forment l'ensemble du traitement médical du kyste hydatique ; ils sont maintenant passés à l'état d'archives et ont été rayés de la thérapeutique de l'hydatide.

II. — TRAITEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL

Nous comprendrons sous ce nom l'acupuncture dont nous ne parlerons pas ; le traitement électrique consistant dans l'application de deux aiguilles métalliques et qui soutenu par les chirurgiens Anglais eut son heure de vogue. Presque totalement abandonné après les insuccès de Semmola, il fut remis en honneur par Henrot (1) de Reims qui, inventant l'électrolyse capillaire (l'aiguille était remplacée par une canule libre) dit par ce procédé, amener la guérison du kyste et éviter ainsi les dangers d'une laparotomie ; la ponction simplement évacuatrice ; la ponction aspiratrice ; la ponction suivie d'injection parasiticide, et le procédé de la double ponction. Le principe de toutes ces ponctions est la guérison du kyste, soit en le privant de son contenu, soit par l'injection intrakystique d'un liquide parasiticide destiné à tuer les échinocoques. Il est bien évident que la meilleure de ces méthodes était celle qui, réunissant ces deux principes, remplissait à la fois ce double but ; aussi la ponction simple, la première employée, paraîtrait-elle maintenant une fumisterie si elle conservait quelque prétention au traitement curatif de l'hydatide ; ne soustrayant qu'une faible quantité de liquide intrakystique, elle fut, avec raison, taxée d'insuffisance, et, à l'apparition des aspirateurs, remplacée par la ponction aspiratrice. Elle n'est plus aujourd'hui qu'un contrôle, mais parfois décisif, que l'on emploie, peut-être trop fréquemment,

(1) Henrot (H.) du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc. compt. rendu 1885 Paris.

pour confirmer un diagnostic incertain dans certains cas obscurs. Ne la regrettons pas, car cette simple piqure n'était pas si bénigne et les dangers nous en furent démontrés par le récit des accidents septicémiques terribles dont Moissenet (1), Martineau (2), Guyot (3) nous donnent la relation. Aussi la ponction aspiratrice, pratiquée avec toute l'antiseptie que nous connaissons, constituait-elle un véritable progrès.

Elle se fait avec le Dieulafoy ou le Potain, à l'aide de trocars de différents calibres. Tout en étant plus complète que la précédente, elle ne peut être totale, c'est-à-dire débarrasser entièrement la tumeur kystique de son contenu. Il faudrait, pour cela, que le kyste auquel elle s'adresse ne contint pas de vésicules filles ; or l'hydatide stérile étant une exception, elle ne saurait être efficace et peut, dès lors, être rangée dans la classe des moyens insuffisants. Nous pouvons ajouter à cette insuffisance (mais c'est un défaut commun à toutes les ponctions) qu'il est presque impossible, après le retrait du trocart, d'empêcher la pénétration de liquide hydatique dans le péritoine ; si le kyste est suppuré, c'est la péritonite infectieuse à peu près fatale ; s'il ne l'est pas, on n'est pas à l'abri d'accidents toxiques, car, si le liquide hydatique parfaitement aseptique, ne produit jamais d'accident d'ordre infectieux, comme l'ont démontré Tinsen, Mauny, Kirmisson, Korach ; Viron, dans ses recherches sur le liquide intrakystique chez le mouton, a démontré qu'il peut contenir « une substance albuminoïde spéciale se rapprochant des toxalbumines par ses réactions chimiques et son action physiologique ». Debove (4) a rapporté plusieurs observations d'urticaire, de phénomènes dyspnéiques et même de syncopes consécutifs à des ponctions aspiratrices. Quant aux quelques cas de mort subite, comme dans celui de Martineau où la mort est

(1) Moissenet, arch. méd. 1839.

(2) Martineau, union méd. 1875.

(3) Guyot, soc. méd. d. hôpit. 1875.

(4) Debove, Soc. méd. d. Hôpit., 8 mars 1888.

arrivée vingt minutes après la ponction, ils sont inexpliqués, et ne peuvent donc pas être imputables à la méthode. On ne saurait non plus la rendre responsable des suppurations ni de la péritonite généralisée car il est souvent difficile de dire quelle part revient, dans ces accidents, à l'opérateur, quelle part à la méthode.

Le seul but du médecin dans les deux genres de ponctions qui précèdent est l'évacuation pure et simple du kyste ; il s'attaque au liquide pour en négliger l'origine ; il supprime un symptôme et en laisse subsister la cause ; aussi la récurrence ne se fait habituellement pas attendre, mais un second coup de trocart en aura raison momentanément, et cela durera jusqu'à ce que le malade soit emporté par une complication intercurrente, ou que la guérison survienne à titre exceptionnel ; ne cite-t-on pas le cas de Dieulafoy où un malade guérit après une série de trois cents ponctions.

C'est devant ces insuccès des traitements en cours, qu'Auguste Voisin en 1897 eut l'idée d'injecter dans le kyste un liquide destiné à tuer les hydatides ; il employa la bile, puisant hydaticide. Mais les résultats ne répondirent pas à l'attente, et furent négatifs, malgré les observations de kystes prétendus guéris par simple pénétration de bile dans l'intérieur de leur poche ; car la bile parfaitement toxique pour les hydatides libres, est incapable de traverser la membrane d'une vésicule intacte et ne peut pénétrer à son intérieur qu'à la faveur d'une fissure. C'est cette imperméabilité de la vésicule à l'égard de la bile qui explique les résultats obtenus par Devé. Ce dernier a, en effet, démontré (Paris 1905) que si dans un kyste soumis à une injection de bile on trouvait des vésicules filles en pleine dégénérescence, il en existait d'autres, au contraire, parfaitement vivantes. La faillite de la bile constatée, chacun essaya sa drogue ; Boinet, la teinture d'iode ; Mesnard (de Bordeaux), le sublimé, etc..... Mais trois procédés naquirent bientôt qui primèrent tous les autres et dominèrent pendant un temps la thérapeutique

des kystes hydatiques du foie ; ce sont ceux de Bacelli, Debove et Hanot.

Bacelli, suivi par Terrillon (1), Dujardin-Beaumetz (2) et autres, pratique dans le kyste une injection de sublimé *à dose non toxique*, après avoir enlevé une quantité égale de liquide intrakystique, mais sans aucune tentative d'évacuation préalable. Entre autres inconvénients, ce procédé en a un qui lui est bien spécial, c'est celui d'augmenter la pression intrakystique, et de favoriser d'autant les ruptures intrapéritonéales, surtout dans les kystes énucléés et pédiculés.

Debove emploie également le sublimé comme liquide parasiticide, mais, à l'encontre de Bacelli, il vide le kyste de son contenu, et y injecte une forte dose de sublimé qu'il retire ensuite. Ce procédé peut devenir dangereux, surtout dans les kystes de grande dimension, car on ignore quelle quantité de liquide introduit est absorbé par l'organisme, et l'évacuation du sublimé introduit peut être interrompue par diverses causes d'origine mécanique.

Frappés de ces désagréments avec un liquide aussi toxique, Mirande, Chauffard, Juhel-Renoy, essayèrent de rendre applicable la méthode de Debove par l'injection dans le kyste d'eau naphtolée sursaturée à 1 pour 2,000, procédé dont Mirande (3), fait un éloge enthousiaste. Duplay et Segond (4), l'essayèrent aussi, mais n'en retirant aucun bon résultat, ils revinrent au sublimé comme seul liquide capable d'exercer sur l'hydatide une action efficace. Chantemesse, de son côté, pour diminuer les chances d'intoxication, conseilla de neutraliser le surplus de sublimé avec du chlorure de sodium.

Mais de ces deux procédés en naquit un troisième, celui de Hanot, qui, évacuant d'abord le kyste y injecte ensuite le sublimé *à dose non toxique*, de 10 à 40 grammes de liqueur

(1) Terrillon. Leç. de clin. chir. Paris, 1889.

(2) Dujardin-Beaumetz. *Gaz. hebdomadaire*. Paris, 1888.

(3) Mirande. *Thèse de doctorat*. Bordeaux, 1890.

(4) Paul Segond. *Bul. et mém. de la Soc. de chir.* 1889, p 283.

de Van Swieten. Le danger d'intoxication est ainsi évité, et si à l'heure actuelle, la ponction n'était pas totalement exclue du traitement curatif des kystes hydatiques du foie, nous croyons que l'on devrait donner la préférence à ce procédé ; il vide le kyste, il tue les echinocoques, il évite l'intoxication.

Nous avons terminé l'énumération des méthodes du traitement par les ponctions. Ces méthodes, aujourd'hui délaissées, conservèrent des partisans longtemps après l'apparition de la méthode antiseptique ; Potherat et Triaire (1), disaient encore en 1888 que la ponction si elle est absolument inapplicable dans la variété des kystes antéro-inférieurs pédiculés, elle a pu parfois donner la guérison dans les autres variétés, lorsque l'évacuation du kyste pouvait être totale par la ponction, c'est-à-dire lorsque le kyste contenait peu ou pas de vésicules filles. D'autre part, Segond, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus (2), concluait encore au bien-fondé de son emploi dans un grand nombre de cas, et conseillait dans ces cas, de n'employer la laparotomie qu'après un échec préalable de la ponction.

Aujourd'hui qu'il n'existe pas de traitement sérieux du kyste hydatique qui ne comporte une « cure radicale » ces idées seraient surannées ; c'est pourquoi nous n'y insistons pas davantage et nous aborderons immédiatement l'étude du traitement chirurgical vrai.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL VRAI.

C'est l'ouverture du kyste. Elle comprend l'ouverture par les caustiques et la laparotomie.

L'emploi des caustiques fut mis en usage par Récamier. Cette méthode où l'on brûle les tissus lentement et couche

(1) Potherat et Triaire. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1888, p. 744.

(2) Duplay et Reclus. *Traité de chir.*, t. 7, p. 298.

par couche, a pour but, par des adhérences péritonéales solides, de provoquer la fermeture complète de la séreuse. Récamier, dominé par la crainte du péritoine, conseille l'emploi des caustiques de plus en plus lents, à mesure qu'on s'avance vers les couches profondes. Pour la peau et les tissus superficiels, il se sert de la potasse caustique et de la pâte de Vienne, qu'il abandonne ensuite pour la pâte de Canquoin.

La durée de cette opération est de dix à quinze jours, plutôt quinze que dix. D'après une expérience de Gausselin (Clinique chirurgicale de la Charité), il fallait au moins dix à douze jours pour que les adhérences provoquées fussent complètes, et Charrier (1) mentionne dans sa thèse une observation où le malade mourut de péritonite généralisée après cinq jours d'application de caustique, « à l'autopsie, les deux feuillets péritonéaux n'adhéraient que faiblement tout autour de la zone inflammatoire provoquée par le caustique. » Mais ce n'est pas tout; il faut, lorsqu'après l'application du caustique on ponctionne, ne vider qu'une faible partie du kyste et laisser les choses en place douze ou vingt-quatre heures, sous peine de voir les adhérences se rompre. Et malgré tant de précautions et de lenteurs, on tombe, d'après Hauxley, dans une mortalité de 36 p. 100.

Nous ajoutons que tous les kystes suppurés, les kystes centraux et les kystes postérieurs sont tout à fait inaccessibles à ce genre de traitement. Malgré cela, avant la découverte de Lister, il pouvait rendre de réels services, et avait encore le mérite d'être la première tentative faite dans cette voie de l'ouverture du kyste.

Mais la lenteur de la méthode était telle, que l'on dut songer à la modifier; d'autre part, la formation souvent incomplète ou la rupture des adhérences exposait le malade aux dangers

(1) Charrier. Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier. *Thèse*, Bordeaux 1888.

de complications septiques, surtout de la péritonite suppurée. Comme il n'y avait, après tout, aucun danger de hâter l'ouverture de la peau et des couches superficielles, puisque seul le péritoine était à craindre, Récamier, prenant le bistouri, incisa la peau et les parties molles, péritoine pariétal compris. Il attendait alors huit jours la formation des adhérences indispensables et il pratiquait l'incision du kyste. Cette opération, la laparotomie en deux temps, ne lui donna que des déboires, a lui, à Velpeau et à bien d'autres, mais plus tard, les chirurgiens allemands s'en emparèrent, et, s'appuyant sur l'antisepsie, Kœnig, Lihotsky, Volkmann, lui durent des succès. Ce dernier lui donna son nom sous lequel elle est encore connue. Le procédé était le suivant :

Premier temps. — Incision des parties superficielles, péritoine pariétal compris.

Deuxième temps. — Incision de la poche au bout de huit jours *sans narcose*; lavage de la poche avec de l'acide salicylique; tous les deux ou trois jours irrigations; après une semaine environ, la membrane germinative se détachait par lambeaux. Volkmann insistait surtout sur ce point qu'il ouvrait le kyste sans chloroformiser le malade, détail de technique opératoire d'une grande importance; il évitait ainsi toutes les éventrations consécutives aux efforts causés par les vomissements et nausées post-chloroformiques.

Ce procédé, un peu moins lent que l'ancienne ouverture par les caustiques, n'en était qu'une variante. Inventé pour lui être substitué, il partait du même principe, et reconnaissait les mêmes limites, l'inviolabilité des séreuses; la chirurgie n'existait pas à proprement parler, sa sphère d'action était bornée; elle n'avait pas encore osé toucher aux séreuses qui semblaient lui opposer une barrière infranchissable. L'état de la science chirurgicale à cette époque était résumé dans cette phrase de Poulet : « la crainte du péritoine est le commencement de la sagesse ». Mais, à l'apparition de la méthode antiseptique, cette science passa subitement, de l'état embryonnaire où elle avait vécu jusque-là, à un degré

d'extension formidable. Basée sur ce principe que les plaies simples du péritoine, mises à l'abri des germes apportés de l'extérieur par l'opérateur, et sans invasion de la séreuse par le liquide kystique, sont sans gravité, l'ouverture de la cavité péritonéale, d'abord osée timidement, devint bientôt d'un usage courant. Par l'observance scrupuleuse des règles de l'antisepsie, il n'entraît plus dans le champ opératoire que des objets privés de tout germe; dès lors, la péritonite n'était plus à craindre, la formation des fameuses adhérences avant l'ouverture de l'abdomen devenait inutile; une révolution se fit dans le traitement des kystes hydatiques, l'incision en deux temps avait vécu. Le chirurgien ouvrit d'un même coup la peau, le péritoine et la tumeur et évita l'invasion de la séreuse par le liquide intrakystique en suturant les lèvres de la tumeur aux bords de la plaie abdominale.

C'était l'incision en un temps. L'opération fut réglementée de la façon suivante :

Incision de la paroi abdominale ;

Ponction du kyste pour évacuation partielle ;

Incision du kyste ;

Suture des lèvres de l'incision kystique aux lèvres de la plaie abdominale ;

Et prit le nom d'opération de Lindemann Landau ou marsupialisation.

Cette méthode constituait un immense progrès sur tous les modes de traitement jusqu'alors en usage; elle détruisait le principe de l'inviolabilité des séreuses, ouvrait au chirurgien un vaste champ d'exploration, rendait possible la cure de toute une catégorie de kystes, les kystes suppurés, injusticia-bles d'une opération telle que l'incision en deux temps; ces kystes, en effet, n'étant plus que des abcès du foie, doivent être traités comme tels, c'est-à-dire évacués au plus vite, sous peine de voir survenir à très brève échéance des complications suraiguës. Un traitement de lenteur était donc inefficace, et les porteurs de ces kystes presque voués à un dénouement fatal.

Le chirurgien ne redoutant plus de complications opératoires cherche dès lors les voies les plus commodes. Tous les kystes du foie ne sont pas accessibles par la voie abdominale, et à ce point de vue une division des kystes s'impose, division basée sur leur situation anatomique, la seule intéressante pour nous, le procédé opératoire variant avec le siège du kyste.

D'après Segond, nous diviserons les kystes en quatre groupes.

Les kystes du premier groupe ou antéro-supérieurs se développent sur la face convexe du foie, ils viennent bomber dans la région épigastrique, restent inclus dans le parenchyme hépatique pendant toute leur durée et sont justiciables, au point de vue opératoire, de l'incision abdominale antérieure.

Les kystes du second groupe, postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques sont également situés sur la face convexe; ils se développent du côté du thorax en soulevant le diaphragme; ils restent presque totalement enfouis dans la glande, comme les précédents; d'après Canniot, Bergada, Guinard, Blanc (E.), la meilleure incision pour les opérer est l'incision transpleurale avec résection costale.

Les kystes de la face concave peuvent, comme ceux de la face convexe, être postérieurs ou antérieurs; ils ont cela de commun qu'ils se développent tous du côté de l'abdomen, mais en général les kystes antéro-inférieurs s'énucléent et se pédiculisent, tandis que les autres restent enfouis dans le parenchyme glandulaire. Au point de vue opératoire, les postérieurs doivent être attaqués par la voie lombaire, tandis que les antérieurs trouvent dans la voie abdominale leur procédé logique de traitement.

Mais revenons à la marsupialisation. Caractérisée par la fixation des lèvres de la plaie kystique à celles de la paroi abdominale, elle laisse le kyste béant et la poche en communication avec l'extérieur. Ce manque de fermeture du kyste est certainement un des gros reproches qu'on a adressés à cette opération et une des principales causes ayant motivé

la recherche d'autres méthodes ; mais d'autre part, c'est à lui que la marsupialisation doit d'exister encore et d'avoir résisté victorieusement à tous les assauts qui lui furent livrés. Il est, en effet, toute une catégorie de kystes qui ne peuvent être traités par aucune des autres méthodes actuellement connues, nous voulons parler des kystes suppurés. Ces kystes, nous l'avons dit plus haut, doivent être traités comme des abcès ; or, il serait du plus complet illogisme de prétendre enfermer un abcès, même vidé et asséché, dans une cavité close. Cette opération, de la dernière imprudence et en contradiction avec les règles de la chirurgie, exposerait son auteur à toutes les complications septiques d'une collection suppurée au contact d'une séreuse ; il ne faut prendre le cas de Bobroff, où, après avoir nettoyé avec des compresses, il sutura et réduisit sans drainage un kyste suppuré, et n'eut aucune suite, que comme une exception, et ce cas avait paru si exceptionnel, qu'on se demandait, Delbet entre autres, si le kyste était réellement suppuré.

L'opération de Lindemann-Landau, suturant solidement la plaie kystique aux lèvres de la plaie extérieure, prévient l'invasion du péritoine ; permet par une large ouverture l'écoulement facile du pus au dehors et réalise ainsi les conditions les plus propices à la guérison des abcès ; nous possédons de nombreuses observations de kystes suppurés, dans le genre, par exemple, de celui rapporté par Jaboulay (1) traités avec succès par la marsupialisation et qui ne seraient jamais guéris si on leur avait appliqué un mode plus perfectionné de traitement. Tout kyste suppuré est donc justiciable de la marsupialisation et d'elle seulement ; son triomphe est la guérison des kystes suppurés, mais son domaine s'arrête là d'une façon absolue ; dans les autres cas, la situation est toute autre ; un kyste non supuré, n'a pas besoin de rester ouvert, les méfaits relevés contre l'opération de Landau sont

(1) Jaboulay. Kyste hydatique suppuré du foie avec ictère ; marsupialisation ; guérison. *Lyon méd.*, 1905, CX, 628.

trop graves, trop nombreux et trop réels : suppurations, cholerragies secondaires, fistules interminables, éventrations, immobilisations du foie dans une position vicieuse, pour ne pas lui préférer un autre mode de traitement. Les chirurgiens qui se sont élevés contre l'emploi de cette méthode ont rapporté à l'appui de leur thèse des faits intéressants. Berger rassemble trente-huit cas de kystes hydatiques traités par la marsupialisation et il a trouvé :

- 14 cas sans cholerragie ;
- 8 cas avec cholerragie faible ou moyenne ;
- 10 cas avec cholerragie abondante ;
- 6 cas avec cholerragie totale.

Delbet (1) après avoir reconnu que la marsupialisation est simple et sans danger, ajoute qu'elle ne guérit pas le malade ; les statistiques sont des trompe-l'œil, car beaucoup des malades comptés comme guéris sont restés porteurs de fistules. Sur huit malades opérés par lui à l'aide de cette méthode, un seul est bien guéri ; trois ont gardé des fistules pendant trois mois ; un neuf mois ; des deux autres, une est morte après deux ans et neuf mois de fistule.

Tuffier, dans le *Bulletin de Chirurgie* s'élève énergiquement contre ce procédé qui laisse des fistules interminables et de l'éventration.

Bricet (2) dans sa thèse rapporte les faits suivants :

Sur quatorze kystes opérés à Tenon par Gérard Marchant, la guérison n'a jamais été inférieure à trois mois ; elle en a même exigé parfois cinq, six, et même un an ; on a souvent noté de l'infection, la cholerragie, des hémorragies, etc.. Des opérations complémentaires ont été fréquemment rendues nécessaires par des fistules interminables.

(1) Delbet. Kyste hydatique de la face convexe du foie traité par la réduction sans drainage. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1905.

(2) Bricet. Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage Procédé de M. Pierre Delbet), *Thèse*, Paris, 1900.

Sur deux cas de kystes postéro-supérieurs opérés par Schwartz, les deux ont mis deux ans à se fermer après avoir donné d'abondantes cholérragies.

Sur dix-neuf cas opérés par Peyrot, quatorze ont guéri après avoir passé par quantité de vicissitudes ; douze de ces cas auraient été justiciables d'un autre traitement ; les autres étaient suppurés et ne pouvaient être entrepris que par la marsupialisation.

Il serait aisé de multiplier les faits, mais l'insuffisance de la méthode ressort assez des efforts incessants faits par les chirurgiens à la recherche de procédés meilleurs pour qu'il soit besoin d'insister davantage. On marsupialisait par crainte que la poche, une fois incluse dans l'abdomen ne secrétât, ne laissât transsuder un liquide quelconque, sang, bile ou sérosité, qui n'aurait plus trouvé aucune issue extérieure ; de peur aussi que la membrane kystique ne produisît une récurrence du kyste, mais lorsque, par une étude approfondie des kystes hydatiques, on eut appris que la vésicule mère était facile à enlever, que la poche fibreuse restante, à l'encontre de ce qu'on croyait, ne sécrétait pas et n'était pas fertile, qu'elle se rétractait facilement dans la grande majorité des cas, comblant ainsi en partie le vide laissé par l'expulsion du liquide intrakystique, plusieurs méthodes naquirent, fondées sur ces principes, et toutes d'accord sur un point : l'ouverture du kyste et la fermeture du ventre dans la même opération.

Le premier de ces procédés fut celui de Bond. Après avoir ouvert le kyste par laparotomie, il enleva la vésicule mère, réduisit la poche dans la cavité abdominale, après avoir réuni les deux lèvres de la plaie kystique par des points de catgut et referma le ventre. Il abandonnait ainsi dans l'abdomen une poche parfois considérable selon le volume du kyste, poche virtuelle si la pression des viscères était assez grande pour l'aplatir et si la souplesse des parois kystiques était suffisante pour permettre cet aplatissement ; mais réelle dans les kystes de gros volumes, la cavité se trouvant alors trop

grande pour être comblée, ou lorsque les parois quelque peu incrustées offraient une résistance trop forte à la pression viscérale.

La suppression de tout drainage favorisait l'effacement de la poche, et évitait en plus les exfoliations, source fréquente d'épanchements.

Ce procédé fut connu sous le nom de traitement par extirpation de la vésicule-mère et suture sans drainage. Appliqué aux kystes non suppurés et de moyen volume, il détrônait la marsupialisation ; de nombreux malades furent présentés de kystes opérés et guéris ; de nombreuses observations d'« opérations de Bond » couronnées de succès furent rapportées qui vinrent corroborer ces résultats.

Caubet et Judet (1) présentent deux cas de kystes opérés par Gérard Marchant :

Cas I. — Incision, puis ponction qui donne issue à 1720 cent. cubes de liquide sans vésicules filles ; la vésicule mère fut extraite en totalité. Reconstitution de la paroi sans drainage.

Suites. — Le soir, fièvre ; au bout de quarante-huit heures, éruption d'urticaire généralisée qui disparaît en deux jours ; trois semaines après, guérison.

Cas II. — Incision, ponction qui donne un écoulement de 700 cent. cubes de liquide un peu trouble. Extraction de la vésicule mère. Fermeture de la poche par des points séparés de catgut ; suture de la paroi sans drainage.

Suites. — Aucune éruption d'urticaire ; guérison un mois et demi après l'opération.

Jonnesco (2) présente quatre observations de kystes hydatiques traités par la suture totale et la réduction sans drai-

(1) Caubet et Judet. Deux cas de kystes hydatiques du foie opérés et guéris par la suture sans drainage. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1901.

(2) Jonnesco. Kyste hydatique du foie, opéré par l'ouverture, extraction du contenu et de la membrane germinative ; suture et réduction. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bucarest*, 1904.

nage. Pour les quatre, on trouve des suites opératoires des plus simples, et la guérison complète en trois semaines.

Tuffier et Delbet présentent plusieurs résultats éloignés de sept à dix-huit mois où la guérison s'est maintenue après la suture et la réduction sans drainage.

Mais pour balancer tous ces succès, les observations contraires affluèrent aussi. Les petits kystes guérissaient bien, mais pour les gros, c'était une autre question ; dans cette énorme cavité vide ou remplie d'air, il se produisit des épanchements de sang, de bile, de sérosité ; il y eut des déboires, des cas de mort furent publiés. Dans la statistique d'Herrera-Vegas, sur 125 kystes, 32 suppurèrent et durent être marsupialisés ; Quénu présenta trois observations de suture sans drainage dont trois suppurèrent ; Lhobet en cite six sur treize opérations ; Marion (1) recueillit sept faits personnels où la fermeture sans drainage avait entraîné la mort ou des accidents ayant nécessité la réouverture de la poche, et, donnant une statistique où il compare la marsupialisation à la fermeture sans drainage, il proclame les résultats suivants :

Mortalité	{ Marsupialisation... ..	3,5 %
	{ Fermeture sans drainage..	5,6 %

Il s'élève alors très fortement contre cette fermeture d'une cavité close qu'il taxe d'illogisme et cite à l'appui de sa thèse les promoteurs de la méthode eux-mêmes qui, en ayant vu les inconvénients, cherchaient à y remédier. En effet, pour éviter une exsudation de la bile, de la sérosité ou du sang dans la poche kystique, Bobroff remplit d'abord le kyste d'une émulsion de glycérine iodoformée et sutura par dessus ; il eut de graves accidents (hématuries, élévation de

(1) Marion (G.). A propos du traitement des kystes hydatiques du foie, des dangers de la fermeture sans drainage de la cavité du kyste ; un cas de kyste traité par la résection de la poche (Méthode de Mabit). *Arch. gén. de Méd.*, Paris, 1906.

température, etc.) et abandonna l'émulsion iodoformée, qu'il remplaça par une solution salée physiologique.

Delbet, de son côté ne restait pas inactif, mais partant d'un autre principe que Bobroff, il cherchait à faire disparaître la cavité au lieu de la remplir ; il y arriva par le capitonnage de la poche ; l'opération se faisait comme dans la réduction sans drainage, mais, la poche kystique étant ouverte, vidée et asséchée, il passait à l'aide d'aiguilles spéciales trois ou quatre fils de catgut dans une des parois. Ces fils cheminaient dans la paroi à une profondeur de quelques millimètres, assez pour leur donner un point d'appui solide, et, après un long trajet (deux centimètres et plus) venaient ressortir par la face interne, par laquelle ils étaient entrés. Passés ensuite au point symétrique de la paroi opposée, et serrés en commençant par le plus profond, ils supprimaient la cavité kystique ; les parois ainsi réunies ne pouvaient plus s'écarter, et un épanchement devenait dès lors impossible dans une cavité qui n'existait plus. Ce procédé de capitonnage fut d'abord réservé par son auteur aux kystes dont le volume ou la rigidité des parois rendaient difficile l'effacement complet de la poche par la suture et réduction sans drainage. Delbet (1) en réglementait l'emploi de la façon suivante :

« Quand la paroi kystique est assez souple pour que la
» pression abdominale puisse aplatir la poche vidée, le
» capitonnage est inutile ; par contre, il est indiqué quand la
» paroi est assez résistante pour faire équilibre à la pression
» abdominale ; dans ce cas, en effet, si on venait à réduire
» après suture sans capitonnage, il persisterait une cavité
» qui ne serait sans doute pas sans inconvénient, et qui,
» même en supposant les circonstances plus favorables met-
» trait beaucoup de temps à se rétracter. »

(1) Delbet (P.). Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydat. du foie.
Bull. et Mem. Soc. de Chir. de Paris, 1899.

Bricet (1) dans ses conclusions écrit « le capitonnage sera employé dans le cas où la poche est trop volumineuse et les parois trop résistantes pour pouvoir espérer l'accolement des parois » quant on ne capitonne pas, dit Delbet, il est essentiel de bien aplatir la poche avant de terminer la suture pour la vider de l'air qu'elle contient, et de faire la suture hermétique pour que les parois ne s'écartent plus.

Les résultats vinrent prouver l'excellence du traitement par le capitonnage. Créé pour éviter les épanchements, surtout l'épanchement de bile qui est le plus fréquent, il avait atteint son but. En effet, la cholerragie primitive ne pouvait être une contre-indication au capitonnage; ne pouvant exister que lorsqu'un conduit biliaire ouvert avant l'opération faisait communiquer le kyste avec les voies biliaires, il était facile, au cours de l'opération de chercher le conduit ouvert et de le fermer avec un point de catgut; s'il se produisait alors une cholerragie, elle ne pouvait être que secondaire, et la cholerragie secondaire est évitée par cette méthode; car, résultant d'ulcérations ou d'exfoliations dues aux drains ou aux pansements, ou attirée par la présence d'un vide, d'une cavité, n'attendant qu'une occasion de se remplir, elle ne trouva plus, après le capitonnage, aucune des dispositions précédentes, et « de même qu'on évite les hémorragies par réunion primitive, de même on évite les cholerragies par le capitonnage ».

On employa le capitonnage et les observations ne manquèrent pas de kystes guéris par cette méthode.

Bricet a rapporté trente cas de kystes opérés par le procédé de Delbet; sur les trente, vingt-deux étaient du foie; cinq, de l'abdomen; un, du rein; deux, du cou; le capitonnage avait été fait onze fois; la suture, sans capitonnage, dix-huit; il y eut un total de vingt-trois guérisons

(1) Bricet, *loco citato*. Thèse Paris 1900.

Bouglé (1) présente l'observation suivante :

Kyste double. Incision. Extirpation de la vésicule mère ; pas de vésicule filles. Assèchement des parois de l'adventice. Découverte d'un autre kyste séparé du premier par une mince cloison. Réunion des deux poches en une seule. Capitonage au catgut à l'aide de quatre points en U.

Suites opératoires bonnes ; trois semaines après cicatrisation complète.

Nous ne pouvons citer toutes les observations de kystes traités par ce procédé. Le stock des guérisons déjà nombreuses, s'augmente chaque jour davantage. Le capitonage, en effet, réduit à néant beaucoup de défauts reprochés au traitement chirurgical ; les inguérissables fistules, la suppuration, les éviscérations, les cholérages deviennent exceptionnelles et la faute, quand une de ces complications se produit, en incombe bien plus souvent à l'opérateur qu'à la méthode. Mais comme il n'est aucun procédé qui n'ait ses imperfections, celui-là laisse subsister pas mal de points défectueux. Pas plus que la marsupialisation ni la réduction sans drainage, il ne met à l'abri des opérations incomplètes et des récidives. Les risques d'opérations incomplètes tiennent à la multiplicité possible des poches hystiques, et aux difficultés qu'on rencontre de les mettre toutes à découvert, difficultés que n'a pas amoindri le capitonage, car c'est tout à fait et uniquement par hasard que Bouglé, dans son observation de kyste double, que nous avons citée plus haut, découvrit le second kyste, séparé du premier par une mince cloison, précisément en piquant son aiguille dans cette cloison pour capitonner. Quant aux récidives, il suffit pour les amener de l'oubli dans le kyste de quelque vésicule-fille, et c'est une défectuosité aussi sérieuse, plus sérieuse même que la précédente, car elle est plus fréquente, et que, comme la première, elle exige pour guérir une nouvelle opération.

(1) Bouglé, double kyste hydat. du foie traité par le procédé de M. Delbet (Rap. de Brun), *Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1900.

Quant à la possibilité de la piqûre d'un vaisseau par l'aiguille traversant la paroi de la cloison et d'un épanchement de sang consécutif, les risques en sont minimes, et n'ont, du reste, dans les quelques cas où ils ont pu se produire, jamais amené aucune suite fâcheuse.

Mais, mettant à part les kystes suppurés justiciables de la seule marsupialisation, le capitonnage n'est pas toujours possible; les kystes thoraciques, les kystes trop profondément inclus dans la parenchyme glandulaire ne peuvent être traités par cette opération. On en était donc réduit dans ces cas, à se servir de la suture sans drainage ou d'une autre méthode avec tous les risques qu'elle comportait lorsque Devé, reprenant l'idée déjà pratiquée au temps des ponctions de la destruction des hydatides par injection dans la poche kystique d'un liquide parasiticide choisit le formol comme résultat de ses expériences et Quénu (*Bull. de Soc. Chir.*, juillet 1903) démontra à son tour que le formol en solution à 1 p. 100, parfaitement hydaticide, peut dialyser en quelques minutes à travers les vésicules intactes. L'ablation hors de la poche de *toutes* les vésicules filles n'était plus nécessaire d'une façon absolue; une injection de formol détruisant ce qui pouvait en rester, l'oubli dans le kyste d'une ou plusieurs vésicules était désormais incapable d'amener une récursive.

Quénu, poursuivant le traitement curatif de la maladie kystique, fit donc usage du formol. Sa technique opératoire était la suivante: incision de quatre ou cinq centimètres jusqu'au kyste. Celui-ci est mis à découvert. Ponction. Injection de formol à 1 p. 100. Incision du kyste. Traction au dehors de l'ouverture des lèvres de l'incision. Extraction de la membrane fertile. Ablation des vésicules filles. Suture du kyste qu'on peut fixer à la paroi.

Plusieurs opérations semblables avec réunion par première intention furent réussies par lui avec un plein succès, et en 1904 il pouvait présenter à la Société de chirurgie de Paris une malade de 59 ans guérie en dix jours par injection de

formol avec petite incision. Et à ce propos de petites incisions, cette question a été l'objet de polémiques contradictoires, car si les larges incisions ont l'avantage, en donnant du jour, de réduire à leur minimum les chances d'oubli dans la poche kystique de quelques vésicules filles, si elles exposent moins que les petites incisions à méconnaître l'existence possible d'une seconde poche ne communiquant pas avec la première, elles donnent une sécurité moindre au point de vue des éventrations consécutives, surtout si les vomissements et les nausées post-chloroformiques sont intenses. Nous pensons que ces deux modes de technique opératoire peuvent être employés tous deux, et qu'ils ont, suivant les cas, chacun leurs indications spéciales. En cela le formolage était un progrès, car si la large incision peut être pratiquée avec n'importe quelle méthode, la petite incision était impossible avant l'invention du formolage. Delbet, en effet, cherchant à enlever toutes les vésicules filles et ne voulant pas courir le risque d'oublier, en cours d'opération, un deuxième kyste en non communication avec le premier, se donnait du jour en faisant des incisions de dix à douze centimètres, incisions mentionnées dans les observations des thèses de Baraduc et Bricet ; mais avec l'injection de formol au préalable, l'évacuation complète des hydatides n'est plus indispensable ; quant à la présence d'un second kyste, la large incision ne donne pas toujours la certitude de le découvrir ; elle n'est donc ni nécessaire, ni suffisante et on est, du reste, toujours à temps de l'agrandir en cours de route.

La méthode par le formolage rend donc possible, si on le désire, l'emploi des petites incisions, diminuant ainsi d'autant les chances possibles de fistules et d'éventrations. Elle a, en outre, de nombreux avantages. Tuant les hydatides, elle évite les récidives dans le cas où les vésicules filles n'ont pas pu toutes être enlevées, et elle peut être employée avec avantage et par précautions complémentaires même lorsque les hydatides sont mortes, car le liquide louche, que l'on retire

en pareil cas, peut n'être pas parfaitement aseptique; elle arrête alors, d'une manière efficace, toute trace de suppuration. Les chances d'infection péritonéale, d'ensemencement hydatique du péritoine ou de phénomènes toxiques dus à l'infiltration dans la séreuse du liquide intrakystique; sont aussi portées à leur minimum, et nous avons vu que Quénu a pu, par ce procédé, enregistrer une guérison survenue en dix jours (1).

Mais si l'opération de Quénu a sur celle de Delbet l'avantage de la sécurité au point de vue des récidives, elle prête le flanc à de nombreuses critiques et favorise notamment beaucoup les cholérages post-opératoires. M. Guinard (1905) a rapporté deux cas de formolage et suture sans capitonnage; dans le premier cas le malade guérit sans incident; dans le second il se fit une abondante cholérage.

Bazy a observé un cas de cholérage dans le formolage avec suture simple sans capitonnage, Broca a vu trois fois des écoulements de bile dans le formolage sans capitonnage.

Mais tandis que, pour éviter la réduction sans drainage, Delbet capitone, et Quénu reprend la méthode de l'injection parasiticide, un chirurgien américain, Mabit, poursuivant le même but, entreprit la résection de la poche kystique. Il réséquait le plus possible de la membrane adventice, et abandonnait le reste dans la cavité abdominale. Il réalisait ainsi une véritable « cure radicale » du kyste hydatique.

Cette méthode, dit Marion (2), est essentiellement différente de celle qui consiste à enlever la membrane kystique, et à rentrer dans l'abdomen la cavité où elle était contenue sans la fermer, car, dans ce dernier cas, on compte encore sur

(1) Quénu, kyste hydat. du foie, réunion en 10 jours après incision et injection de formol. Des petites incisions dans les ouvertures de kystes hydatiques. Bull. et mém. soc. de chir. de Paris, 1904.

(2) G. Marion. A propos du traitement des kystes hydatiques du foie; des dangers de la fermeture sans drainage de la cavité du kyste; un cas de kyste hydatique du foie traité par la résection de la poche (méthode de Mabit). Arch. gén. de méd., Paris 1906.

l'accolement des parois entre elles; tandis qu'en réséquant une partie de ces parois, on compte que l'excavation qui reste sera remplie immédiatement par la poussée des viscères abdominaux.

Dans un mémoire paru dans la *Revue de Chirurgie* (1) où il expose en détail sa méthode, Mabit en indique les conditions de réussite; elles sont nombreuses, il faut :

1° Que le contenu du kyste soit de l'eau de roche ;

2° Que la vésicule mère se laisse enlever facilement ;

3° Que la partie du kyste abandonnée dans l'abdomen soit nette, c'est-à-dire débarrassée du magma caséeux qu'on peut y rencontrer quelquefois ;

4° Que le kyste soit émergeant, et non inclus dans le parenchyme, afin que la partie kystique abandonnée dans la cavité péritonéale ne puisse en aucun cas constituer une poche.

5° Que le kyste ne soit pas énorme.

Mais si ces conditions sont réalisées, on évite par cette méthode ;

Les Hémorragies. — Celles-ci constituant toujours un accident dû à l'infection secondaire ou à des érosions dues à des tubes de drainage, la couche superficielle de la paroi interne de l'adventice ne contenant pas de vaisseaux, si on ne constate aucune hémorragie à sa surface au moment de l'opération, on peut être certain qu'il ne s'en produit pas ultérieurement ;

La Cholerragie, due comme l'hémorragie à une infection secondaire ;

La Transsudation par décompression; le pansement d'un kyste marsupialisé restant sec pendant deux ou trois jours ;

L'Ensemencement hydatique du Péritoine ; on s'en met à l'abri par un nettoyage soigneux de la cavité kystique; on peut même, à ce point de vue, pratiquer l'injection de formol ;

(1) Mabit. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen. *Revue de Chirurgie*, Paris 1905.

L'Infection Péritonéale ; car ne laissant pas de poche, comme dans la suture sans drainage, mais un simple lambeau kystique, il n'y ni stagnation, ni milieu de culture.

Citant des faits à l'appui, il établit la vérité de ses assertions par dix-huit observations de kystes opérés par lui. Sur ces dix-huit opérés, un seul suppura et dût être traité ultérieurement par la marsupialisation ; mais, chose remarquable, c'est qu'il sagissait de l'unique cas où l'épaisseur trop considérable du tissu hépatique qui recouvrait l'adventice ne lui permit de faire aucune résection ; il dut se contenter de l'opération de Bond en créant une poche fermée où les germes pullulèrent.

Sur ces dix-huit opérés, il en revoit 4 journellement ; 5 ont donné des nouvelles satisfaisantes de leur santé 7, 15, 18 mois, et 3 et 5 ans après l'intervention ;

9 ont disparu.

Son article se termine ainsi :

« Les avantages de l'opération que je préconise, me paraissent ressortir suffisamment des considérations qui précèdent. On peut les résumer ainsi : facilité et rapidité d'exécution, innocuité, suppression de toute intervention ultérieure. J'ajouterai pour mémoire que j'ai pratiqué cette même opération dans deux cas de kyste séreux du mésentère et que les résultats ont été excellents. »

Que vaut cette pratique ?

Elle a, dit Marion, l'avantage de supprimer les désavantages de la marsupialisation et les dangers de la fermeture sans drainage d'une poche transformée en cavité close ; les dangers d'hémorragie et de cholerragie sont minimes ; puisque les poches qu'on peut réséquer sont transformées en partie en tissu fibreux, et pour ces raisons, Marion renonce à l'opération de Bond-Bobrow, au capitonnage de Delbet et se prononce pour cette méthode.

Ce procédé de la résection pure et simple d'une partie de la poche avec abandon du reste dans l'abdomen sans formolage ni capitonnage n'a pas encore été suffisamment employé pour que nous nous permettions une appréciation quelconque ;

nous ne retiendrons qu'un fait, c'est que les indications en sont assez restreintes. Réserve faite des kystes suppurés, les kystes intraparenchymateux et ceux de grandes dimensions ne peuvent bénéficier de ce traitement, et ce dernier groupe, dit Mabit, est justiciable, non de cette opération, mais du capitonnage; en effet, la portion de membrane abandonnée dans l'abdomen, serait alors, dans ce cas, toujours considérable, et il serait à craindre que les organes environnants comprimés par le kyste et revenant sur eux-mêmes après l'opération, il ne se formât des poches ou des anfractuosités profondes favorables aux cultures microbiennes.

Mais des méthodes plus nouvelles ont vu le jour, méthodes dont le but est de supprimer tout drainage en évitant les dangers de cette suppression sans laisser subsister les multiples inconvénients des procédés par simple formolage ou capitonnage. On a essayé d'atteindre ce but par la suture ou la destruction de la poche kystique.

M. le professeur Villar a mis ces idées en pratique à sa manière; combinant la résection et le capitonnage, il ne referme dans l'abdomen qu'une poche qui n'existe plus et dont tout élément vivant a été détruit par le contact préalable d'une solution de formol. L'opération a été réglementée de la façon suivante :

- 1° Incision des parois abdominales et ouverture du kyste;
- 2° Agrandissement de l'ouverture kystique;
- 3° Évacuation complète du kyste;
- 4° Tamponnement des parois internes du kyste avec un tampon imbibé de formol;
- 5° Résection partielle de la poche pour diminuer autant que possible la cavité;
- 6° Capitonnage de la poche au catgut à l'aide de quelques points en U.

Cette méthode, croyons-nous, est une de celles qui remplit le mieux les indications qui président à une opération ayant pour but la cure radicale du kyste hydatique; elle évite en

même temps les récidives et les complications post-opératoires.

Les récidives, en ne laissant dans le kyste, par l'emploi du formol, aucun élément capable de reproduire la tumeur, les complications post-opératoires qui, la suppuration mise à part, consistent surtout dans les dangers d'épanchements et qui sont évités par le capitonnage; quant à la suppuration, la suppression de tout germe infectieux par le badigeonnage antiseptique la rend presque impossible et ne nécessite plus l'usage du drain. Les dangers de l'opération elle-même ne sont pas plus grands que dans le formolage ou le capitonnage pur, ou dans la méthode de Mabit.

Enfin, nous insistons spécialement sur la résection partielle de la poche qui, lorsqu'elle est possible, diminue d'autant le volume du kyste, simplifie l'opération et rend, de par ce fait, improbables les chances possibles d'épanchements.

Du reste, les résultats de quelques opérations que M. le professeur Villar a pu traiter par son procédé en montrent assez les avantages.

OBSERVATIONS

F. VILLAR.

Homme de 26 ans. — Kyste hydatique du pancréas du volume d'une très grosse noix. — Incision, évacuation, capitonnage de la poche. — Guérison. .

F. VILLAR.

Homme de 27 ans. — Deux kystes hydatiques du mésentère. — Incision, évacuation, formolage, capitonnage. — Guérison.

F. VILLAR.

Homme de 28 ans. — Kyste hydatique du foie du volume d'une orange. — Kyste hydatique pré-vésical. — Incision, évacuation, formolage, capitonnage. — Guérison.

CONCLUSIONS

1° La marsupialisation des kystes hydatiques du foie est, en somme, une bonne opération, mais elle possède des inconvénients ;

2° On tend aujourd'hui à appliquer à ces kystes une méthode de cure radicale que l'on pourrait appeler la méthode idéale ;

3° Cette méthode consiste à supprimer la poche soit en la suturant, soit en la réséquant ; c'est dire qu'elle supprime tout drainage ;

4° Les procédés de cette méthode sont :

Le formolage ;

La suture du kyste ;

Le capitonnage ;

La résection des parois du kyste ;

a) Le formolage et la suture exposent à des épanchements dans la cavité kystique et à la rupture du kyste par défaut de solidité de la suture ;

b) Le capitonnage est une excellente méthode, plus sûre que les autres procédés ;

5° La résection des parois du kyste (opération de Mabit) semble très séduisante, mais n'est pas encore assez connue en France, et nous ne pouvons pas encore formuler un jugement sur sa valeur.

Vu : Bon à imprimer :

Bordeaux, le 15 juin 1908.

Le Président de la Thèse,

A. VILLAR.

Vu : le Doyen,

A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 15 juin 1908.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1888. BERGER (P.). — Rapport sur une communication de M. le Dr Rohmer, intitulée : Kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant envahi toute la cavité abdominale ; ouverture large au bistouri ; suppuration ; guérison en deux mois. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, n. s., XIV, 487.
1900. BOUGLÉ. — Double kyste hydatique du foie traité par le procédé de M. Delbet. Rap. de Brun. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXVI, 60-62
1900. BRICET (Charles). — Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage. (Procédé de M. Pierre Delbet. *Thèse de Paris*, 8°, 92 p.
1901. CAUBET (H.) et JUDET (H.). — Deux cas de kystes hydatiques du foie traités par la méthode de Delbet ; remarques sur le frémissement hydatique. *Gaz. d. hôp., Paris*, l. XXIV, 1005-1007.
1908. CAUCHOIX (Albert). — Le traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. *Thèse, Paris*, 12 mars, 8°, 167 p. (Index bibliograph.).
1896. CHAMPENOIS (P.) — Etude critique du traitement des kystes hydatiques du foie ; avantages des incisions larges. *Thèse, Paris*.
1888. CHARRIER (E. T. F. C. E.). — Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Recamier. *Thèse, Bordeaux*.
1906. COLLE (J.) et PAQUET. — Kyste hydatique du foie ; laparotomie ; évacuation ; suture et réduction du kyste ; guérison. *Echo Méd. du Nord, Lille*, X, 148.

1906. COUTEAUD. — Kyste hydatique du foie ; petite incision ; guérison rapide. *Bull. Méd.*, Paris, XX, 808.
1899. DELBET (P.). — Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydatiques du foie. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXV, 97-104.
1906. DELBET (P.). — Deux kystes hydatiques du foie opérés et guéris par la suture sans drainage. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXXII, 965.
1905. DELBET (P.). — Kyste hydatique de la face convexe du foie traité par la réduction sans drainage. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXXI, 644-646.
- FAURE (J.-L.). — Kystes hydatiques du foie. *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, T. VIII.
1886. HENROT (H.). — Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire. *Assoc. franc. pour l'avanc. d. Sc.*, compt. rend. 1885, Paris, XIV, p. 2, 604-608.
1905. JABOULAY. — Kyste hydatique suppuré du foie avec ictère ; marsupialisation ; guérison. *Lyon Méd.*, CV, 628.
1899. JONNESCO (T.). — Traitement du kyste hydatique du foie par l'incision suivie de la suture du kyste sans drainage, capitonnage ou fixation de la poche à la paroi abdominale. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXV, 966-975.
1904. JONNESCO (T.). — Kyste hydatique du foie opéré par l'ouverture, extraction du contenu et de la membrane garmative, suture et réduction ; guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bucarest*, 5, VII, 92.
1890. JUHEL-RENOY. — Le traitement médical des kystes hydatiques du foie. *Rev. mens. de Thérap.*, Paris, I, 13-16.
1904. QUÉNU. — Kyste hydatique du foie, réunion en dix jours après incision et injection de formol ; des petites incisions dans les ouvertures de kystes hydatiques. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. s., XXX, 948 ; 953-959.
1906. QUÉNU. — Traitement des kystes hydatiques du foie. *Bull. Méd.*, Paris, XX, 227-230.
1905. MABIT. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen. *Rev. de Chir.*, Paris, XXXI, 587-600.

1906. MARION (G.). — A propos du traitement des kystes hydatiques du foie; des dangers de la fermeture sans drainage de la cavité du kyste; un cas de kyste hydatique du foie traité par la résection de la poche (Méthode de Mabit). *Arch. gén. de Méd.*, Paris, I, 257-264.
1891. MORIN (A. E.). — Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages et les injections antiseptiques. *Thèse*, Paris.
1906. PLUYETTE. — Kyste hydatique du foie opéré par le procédé de Bobroff. *Marseille Méd.*, XLIII, 308.
1886. TOUSSAINT (J. C.). — Des principaux modes de traitement employés à la cure des kystes hydatiques du foie. *Thèse*, Nancy, 4^o.
1895. VIGNERON (P.). — De l'énucléation des kystes hydatiques du foie. Paris, 8^o
-

